CERTIFICADO DE NOTIFICACIÓN PARA RÉPLICAS

2020 MAR 10 PM 12: 10

4 de marzo de 2020

A: Tribunal de Distrito de los Estados Unidos

Para el Distrito de Puerto Rico

Sonia J. Espada Ortiz

soniaespada.24@gmail.com

(787) 390-8426

Asunto: Adjunto Réplica sobre Reclamación # 130656

Talonario de Cheques

Planillas de Contribución Sobre Ingresos

Formulario W-2

| Recibido por: | Fed | cha: |
|---------------|-----|------|
| • | | |

Case:17-03283-LTS Doc#:12209-1 Filed:03/10/20 Entered:03/10/20 15:54:22 Desc Exhibit Page 2 of 16

N 4323570 Estado Libre Asociado de Puerto Rico Grupo de Pago: SM -Quincenal 080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS # Cheque: Desde: 04/01/2004 Hasta: 04/16/2004 SONIA I ESPADA ORTIZ Fecha: 04/14/200 # Empleado: URB VILLA MADRID DATA IMP: Federal PR Dept: 8005021-Ponce Coamo U10 CALLE 19 Estado Civil: Single Single Oficina: Susana Rivera Concesiones: COAN:O PR 00769-0000 0 0 Titulo: M.Elemental Pct. Adcl.: Sueldo: \$2,205.00 Monthly Cant. Adcl.: HORAS E INGRESOS IMPUESTOS Corriente ---- Acumulado ---Descripcion Sueldo Horas Ingresos Pago de Salarios Regulares Descripcion Corriente Acumula 1,102.50 432.00 7,717.50 Fed MED/EE 15.98 111.9 PR Withholdng 82.60 578.2 Total: 1.102.50 432.00 7,717.50 98.58 690.10 GENERALES ectofichos patronales pagados Descripcion Corriente Acumulado Descripcion Corriente Acumulado GPR Plan de Retiro de Maestro Corriente Acumulado 99.23 694.61 RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae 108.55 759.85 GPR Plan de Retiro de Maestro 93.71 655.97 AS FED MAESTROS AFT 8.00 FSED Disability Plan 56.00 18.74 131.18 GPR Plan de Ahorros 33.08 231.56 Total: 99.23 694.61 Total: 149.63 1,047.41 * Tributable TOTAL BRUTO TOTAL IMPUESTOS DEDUCCIONES TOTALES PAGA NET Corriente: 1,102.50 98.58 248.86 Acumulado 7,717.50 755.06 690.10 1.742.02 528538 PTO HORAS ACLM DISTRIBUCION PAGA NEX Balance Inicial: 0.0 Cheque 4 755.06 + Acumulado: Total: - Utilizado: 755.06 - Donada: + Ajustes:

MENSAJE:

Balance Final:

0.0

MENSAJE: ! HA LLEGADO EL MOMENTO DE ACTUAR !"SI TIENES DIABETES, CUIDA TUS PIES Y ASI EVITARAS AMPUTACIONES"

. del **N**1472131 Estado Libre Asociado de Puerto Rico Grupo de Pago: SM -Quincenal # Cheque: 080 - DEPT DE EDUCACION-MAESTROS Desde-09/12/2006 Hasta 09/25/2006 Fecha: 09/29/2006 SONIA I ESPADA ORTIZ # Empleado: DATA IMP: Federal PR URB VILLA MADRID Dept: 8005021-Ponce Coamo Estado Civil: Single Single U10 CALLE 19 Oficina: Susana Rivera Concesiones: 0 0 COAMO PR 00769-0000 Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Pct. Adcl.: Sueldo \$2,455.00 Monthly Cant. Adcl. HORAS E INGRESOS IMPLESTOS Corriente ----- Acumulado Sueldo Ingresos Horas Ingresos Descripcion Acumulado Corriente Pago de Salarios Regulares 1.227.50 1,080.00 22.095.00 Fed MED/EE 17.80 359.60 Licencia Enfermedad en Exceso 0.00 2,455.00 PR Withholdng 100.10 2,021.05 Pago Retroactivo Regular 0.00 250.00 Total: 1.227.50 1.080.00 24.800.00 117.90 2,380.65 DEDUCCIONES GENERALES RESERVOIS PATRONALES PAGADOS Descripcion Descripcion Corriente Acumulado Acumulado Descripcion Acumulado Corriente GPR Plan de Retiro de Maestro 2,011.14 RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae 106.95 1,925.10 GPR Plan de Retiro de Maestro 104.34 1,899.37 OS-FEDERACION DE MAESTROS 8.00 104.00 FSED Disability Plan 20.87 421.64 GPR Plan de Ahorros 36.83 670.44 AS FED MAESTROS AFT 0.00 40.00 Total: 110.48 2.011.14 Total: 151.78 2,739.54 * Tributable TOTAL BRUTO TOTAL IMPUESTOS DEDUCCIONES TOTALES PAGA NETA Corriente: 1,227.50 117.90 262.26 847.34 Acumulado: 24,800.00 2 380 65 4,750.68 17,668.67 PTO HORAS ACLM DISTRIBUCION PAGA NET Balance Inicial: Cheque 847.34 + Acumulado: Total: 847.34 - Utilizado: - Donada: + Ajustes: Balance Final: 0.0

1

MENSAJE:

U,S. Pat. no. 6,095,407

UNITED FORMS & GRAPHICS (787) 276-8405

U.S. Pat.# 6,095,407

Balance Final:

| ario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 99R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE 7.08 COMPROBANTE DE RETENCION - | EPARTMENT OF THE TREASURY | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION |
|---|---|---|---|
| 1. Nombre-First Name SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | 7. Sueldos - Wages 35112.33 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.) | 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances | 0 . 0 0 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhe |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID | 5. Fecha en que comenzó a recibir la | 0.00 | 0.00 |
| U10 CALLE 19 | pensión - Date on which you started to receive the pension | 10. Propinas - Tips 0.00 | 19. Total Sueldos y Pro. Medic Medicare Wages and Tips 35112.33 |
| 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Número de Teléfono del Patrono | Dia Mes Año Day Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pensión or Annuity 0.00 Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records | 11. Total=7+8+9+10 35112.33 12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2627.82 14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2840.32 | 20. Contrib. Medicare Retenid Medicare Tax Withheld 509.1: 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.0 22. Seguro Social no Retenid en Propinas - Uncollected Social Security on Tips |
| Fecha de Cese de Operaciones: Dia Cease of Operations Date: Day Month Year Número de Control - Control Number 017555263 | Año: 2008 Year: 2008 | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0 . 0 0 16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0 | C . 0 0 23. Contrib. Medicare no Rete en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips |

Case:17-03283-LTS Doc#:12209-1 Filed:03/10/20 Entered:03/10/20 15:54:22 Desc: Exhibit Page 7 of 16

| | | | | | | | | | | S |
|--|-----------------------------|---------------------------------------|-------------|------------|----------------------|-----------|---|-----------------|------------|-----------|
| Estado Libre Asociado 081 - DEPT DE EDUCACION | de Puerto 1 N-CLASIFICAD | Rico DOS | | * | Grupo de I Desde: | 07/16/2 | |) | # Cheque: | P |
| SONIA ESPADA ORTIZ | | | T#5 | | Hasta: | 07/31/2 | | | Fecha: | 07/30/200 |
| DEPARTAMENTO DE EDUC | a cion | | # Empleado: | | | | DATA IMP: | Federal | PR | |
| HATO REY PR 00917 | ACION | | Dept: | | once Coamo | | Estado Civil: | Married | Married | |
| HATO KET PR 00917 | 16 | | Oficina: | Susana Riv | | | Concesiones: | 0 | 0 | |
| SS: | 1) | | Titulo: | | MENTO DE EDU | JCACION | Pct. Adcl.: | | | |
| 33. | 7 | | Sueldo: | \$25.00000 | 0 Hourly | | Cant. Adcl.: | | | |
| | HORA | S E INGRESO | | | | | | IMPUE | STOS | |
| Descripcion | | | Corriente | | Acumula | | 1 | | | |
| Pago de Salarios Regulares | | Sueldo | Horas | Ingresos | Horas | Ingresos | Descripcion | | Corriente | Acumula |
| rago de Salarios Regulates | | | | 3,787.50 | 240.00 | 4,237.50 | Fed MED/EE | | 54.91 | 61.4 |
| | | | | | | | Fed OASDI/EE | | 234.83 | 262.7 |
| | | | | | | | PR Withholdng | | 813.63 | 825.0 |
| | | | | | | | | | | |
| Total: | | | | 3,787.50 | 240.00 | 1007 50 | | | | |
| DEDUCCIONES | | | I n | 3,70730 | S GENERALES | 4,237.50 | Total: | yaesaasaasaasaa | 1,103.37 | 1,149.1 |
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | 2201610141 | Corriente | | be vern | ndaraint | NALES PAGA | |
| | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | Descripcion | | Corriente | Acumulado | Descripcion | D. | | Acumulado |
| | | | | | | | FSED Disability | Plan . | 64.39 | 72.0- |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | l | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 2 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Total: | 0.00 | 0.00 | Total: | | 0.00 | 0.00 | * Tributable | | | |
| | OTAL BRUTE | | 1 2001. | | TOTAL IN | | DEDUCCIONES | TOTAL | | |
| Corriente: | 3,787.50 | THE PERSON NAMED IN COLUMN | | | IN THE PARTY | | DEDUCTIONES | | | PAGA NET |
| Acumulado: | | | | | | 1,103.37 | | 0.00 | | 2,684.13 |
| | 4 737 50 | | | | | 1,149.18 | | 0.00 | | 3,088.32 |
| | 4,237.50 | | | | | 111.7.120 | 100000000000000000000000000000000000000 | | ***** | |
| | IME | | | | | 111 17110 | | IBUCION P | AGA NETA | - |
| Balance Inicial: 0.0 | INE | <u>'</u> | | 4 | | 1,1,1,110 | DISTR Cheque | | AGA NEJA | 2,684.13 |
| Balance Inicial: 0.0 | INE | · | H | | - | 111 7/10 | | | AGA NUJA | - |
| Balance Inicial: 0.0 + Acumulado: | INE | | | | | 7,7,7,7 | | | NO NEL | - |
| Balance Inicial: 0.0 + Acumulado: - Utilizado: | INE | | | | | 9 | Cheque | | DE. | 2,684.13 |
| Balance Inicial: 0.0 + Acumulado: - Utilizado: - Donada: | INE | | | | | | Cheque | | PE- | 2,684.13 |
| Balance Inicial: 0.0 + Acumulado: - Utilizado: | (RA) | | | | | | Cheque | | PE- | 2,684.13 |

MENSAJE:

Case:17-03283-LTS Doc#:12209-1 Filed:03/10/20 Entered:03/10/20 15:54:22 Desc: Exhibit Page 8 of 16

| Formulano Form 499R-2/W-2 PR Rev. 05.10 GOBIERNO DE PUERTO RICO - GO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - E COMPROBANTE DE RETENCION 1. Nombre-First Name | DEPARTMENT OF THE TREASURY | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION |
|---|--|--|--|
| SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | 7. Sueldos - Wages 33892.69 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | 0.00 |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID | 5. Fecha en que comenzó a recibir la | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | Social Security Tax Withheld 0.00 |
| U10 CALLE 19 | pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año Day Month Year | 10. Propinas - Tips 0.00 | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 33892.69 20. Contrib. Medicare Retenida |
| COAMO, PR 00769-0000 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address | Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity | 11. Total=7+8+9+10 33892.69 | Medicare Tax Withheld |
| L8013750526 SUSANA RIV DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE | 0.00 | 12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 |
| ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 | Copia C para Récord del Empleado | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 2301.06 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Day Month | Copy C for Employee's Records | Retirement Fund 2921.52 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS | 0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips |
| Número de Control - Control Number 107609281 | Año: Year: 2010 | 0 . 0 0 16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0 | 0 . 0 0 24. Sueldos y Propinas bajo Ley HIRE de 2010 - Wages and Tips under HIRE Act of 2010 0 . 0 0 |

Reproducido por: Departamento de Hacienda

| | nulario 484 Rev. 27 oct 43283-LTS | S Doc#:12209-1 File | d:03/10/20 Entered:0 | 3/10/20 15:54;22 | Desc: |
|-----------------------------------|--|---|--|---|-------------------------------|
| | FORMA CORTA | PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR) | DE FIJARCHEQUE EN ESTE LUGAR) | Número de Se | erie |
| Γ | Liquidation Revisor | 2011 GOBIERNO | DE FUERTORICO 2011 | | |
| | G RO \ 1 \ 2 P1 P2 N D1 D2 E A N | PLANILLA DE CONTRIBUCION | SCORE INGRESOS DE INDIVIDUOS | PLANILLA ENMENDADA | 200 - 201 |
| K | G RO (1 (2 P1 P2 N D1 D2 E A N | | 011 O AÑO COMENZADO EL | FALLECIDO DURANTE EL AÑO: | |
| N | ombre del Contrituyente Inicial Apellido Pa | THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN 2 IN COLUMN | INADO EL 31 de diciembre de 2011 Número de Seguro Social Contribuyen | A | Dia Mes Año Civiluge |
| | | DA ORTIZ | numero de seguro social contributen | Sello de Recibi | |
| Di | rección Posta | | Fecha de Nacimiento Sexo | | |
| U | RB VIILLA MADRID | | Jia Mes Año OF | | |
| W | /-17 Calle 17 | | Número de Seguro Social Cónyuge | 16/04/2012 | 2 |
| С | oamo PR | Código Postal 00769 | Fecha de Nacimiento del Cónyuge Sexo | 10:58:46 Al | м |
| | "Coloque la etiqueta eng | | 3 | м | Yan e |
| Non | nbre e Inicial del Conyuge Apellido Paterno | Apellido Materno | <u>Día Mes Año</u> Teléfono Residencia | <u>F </u> | |
| | cción Reside.: Completa (Barrio o Urbanización, Núm | | (787) 000-0000 | | |
| | RB VIILLA MADRID W-17 Calle 1 | 7 | Teléfono del Trabajo | | |
| | oamo PR | Código Postal 00769 | CALEGO DE DIDECCION CON CONTRA DE LA CALEGO DE | | |
| Com | eo Electrónics (E-Mail) PLANILLASGABBY | @YAHOO.COM | AMBIO DE DIRECCION: O SI OO NO | PLANILLA 2012: © ESPAÑO | OL OINGLES |
| | A. Ciudadano de Estados Ur | idos? | | ERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO | O CONTRIBUTIVO: |
| | B. C ; Residente de Puerto Rico | al finalizar el año? | 1. Cas | sado negrezca aquí 🔵 si se acoge al | cómpu's opcional v |
| 은 | C. C O ¿Otros ingresos excluidos o (Someta Anejo IE Individ | | pas | e al Anejo CO Individuo) | compute opcional y |
| le S | D. FUENTF DE MAYOR INGRESO: | 40) | | ntribuyente individual negrezca aquí 🔘 si es casado co | an agaitulaciones de |
| stic | 1. X Empleado del Gobierno, Municip | ios o Corporaciones Públicas | tota | al separación de bienes e indique | nombie y seguro |
| | 2 Compleade del Cabiama Fadas | | | id dal afarara amilia) | |
| ge | 2. Empleado del Gobierno Federa | | | tial del cónyuge arriba) | |
| Cuestionario | Empleado del Godierrio Federa Empleado de Empresa Privad Retirado/Pensionado | | 3. Cas | nai dei conydge arriba) sado que rinde separado lique nombre y seguro social de | el cónyuge arriba) |
| Cue | - Chipicado de Empresa i fivad | a | 3. Cas (Inc | sado que rinde separado | el cónyuge arriba) |
| | 4. Retirado/Pensionado Su Supación Maestro de Escu | a 6110 Ocupación cónyuge | 3. Cas (Inc | eado que rinde separado dique nombre y seguro social de | el cónyuge arriba) |
| | 4. Retirado/Pensionado Su Supación Maestro de Escu | 6110 Ocupación cónyuge _ PASE A LA PAGINA 2 PARA | 3. Cas (Inc | eado que rinde separado dique nombre y seguro social de | |
| | 4. Retirado/Pensionado Su Supación Maestro de Escu | PASE A LA PAGINA 2 PARA (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit | 3. Cas (Inc | PAGO. | 00 |
| Reintegro Cue | 4. Retirado/Pensionado Su Jupación Maestro de Escu 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Apartación al Fondo Especial para | PASE A LA PAGINA 2 PARA (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahia de San Jui | 3. Cas (Inc | PAGO. (01) (02) | |
| | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escu 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para | PASE A LA PAGINA 2 PARA C (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc | PAGO. (01) (02) (03) | 00 |
| | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escu 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I | PASE A LA PAGINA 2 PARA C (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Julia la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc.) CETERMINAR SU REINTEGRO O DUTIÓN en las líneas A, B y C) | PAGO. O1 O2 O3 O de Depósito) | 00 00 00 00 |
| Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESI A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT | PASE A LA PAGINA 2 PARA C (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc. | PAGO. (01) (02) (03) (05) | 00 00 00 00 1,033 |
| Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESI A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit a el Estuario de la Bahia de San Juri la Universidad de Puerto Rico e deposite el reintegro directamente RIBUCION (Encasillado 1, línea 14 anilla o Electrónicamente a través e | 3. Cas (Inc.) CETERMINAR SU REINTEGRO O DUTION en las lineas A, B y C) | PAGO. (01) (02) (03) (04) (05) | 00 00 00 00 |
| | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCES A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pl (b) Interes | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit a el Estuario de la Bahia de San Jur la Universidad de Puerto Rico e deposite el reintegro directamente RIBUCION (Encasillado 1, línea 14 anilla o Electrónicamente a través des | 3. Cas (Inc. | PAGO. (01) (02) (03) (04) (05) (05) (07) (00) | 00 00 00 00 1,033 |
| Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCES A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pl (b) Interes | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc. | PAGO. (01) (02) (03) (06) (06) (7) (00) (00) (00) (00) (00) (00) (00) | 00 00 00 00 1,033 |
| Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pl (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI | PASE A LA PAGINA 2 PARA D (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahia de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc | PAGO. (01) (02) (03) (06) (06) (7) (00) (00) (00) (00) (00) (00) (00) | 00 00 00 00 1,033 |
| Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pl (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI | PASE A LA PAGINA 2 PARA D (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit a el Estuario de la Bahia de San Juri la Universidad de Puerto Rico e deposite el reintegro directamente RIBUCION (Encasillado 1, línea 14 anilla o Electrónicamente a través des y Penalidades nea 2 menos línea 3(a)) | 3. Cas (Inc. | PAGO. (01) (02) (03) (06) (06) (7) (00) (00) (00) (00) (00) (00) (00) | 00 00 00 00 1,033 |
| Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pi (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI Tipo de cuenta Nú Circules Ahorros | PASE A LA PAGINA 2 PARA D (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahia de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc | PAGO. (01) (02) (03) (06) (06) (7) (00) (00) (00) (00) (00) (00) (00) | 00 00 00 00 1,033 |
| Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con PI (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI Tipo de cuenta Nú Cineques Ahorros Cuenta a nombre de: | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc. CETERMINAR SU REINTEGRO O DETÉR en las lineas A, B y C) | PAGO. (01) (02) (03) (06) (06) (7) (00) (10) | 00 00 00 00 1,033 |
| Reintegro Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REIN/EGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con PI (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI Tipo Ce scenta Nú Circules Ahorros Cuenta a nombre de: (Nom/re completo en letra de molde según Caro balo penalidad de perjurio que la infor | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc. CETERMINAR SU REINTEGRO O DETÉR en las lineas A, B y C) | PAGO. (01) (02) (03) (06) (7) (00) (10) (10) | 1,033 00 1,033 00 |
| See Depósito Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pi (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Li Tipo de clenta Nú Circules Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según charo bajo pen alidad de perjurio que la informompleta. La declaración de la persona que | PASE A LA PAGINA 2 PARA D (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit a el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico de deposite el reintegro directamente RIBUCION (Encasillado 1, línea 14 anilla o Electrónicamente a través des | 3. Cas (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc | PAGO. (01) (02) (03) (04) (05) (06) (7) (00) (10) (10) (10) | 1,033 00 1,033 00 1,033 00 |
| The Page Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCES A) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pl (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Li Tipo de clenta Nú Cineques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según charo bajo penalidad de perjurio que la informompleta. La declaración de la persona que la del Contribuyente | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit a el Estuario de la Bahia de San Jua la Universidad de Puerto Rico e deposite el reintegro directamente RIBUCION (Encasillado 1, línea 14 anilla o Electrónicamente a través eles | 3. Cas (Inc. CETERMINAR SU REINTEGRO O DETÉR en las lineas A, B y C) | PAGO. (01) (02) (03) (04) (05) (06) (7) (00) (10) (10) (10) | 1,033 00 1,033 00 |
| B x 3 5 2 Depósito Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCES A) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con PI (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI Tipo Ce cuenta Nú Cineques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según completa. La Seclaración de la persona que la informada del Contilia ryente EIRMALIA ELECTRONICAMENTI Nombre den especialista (Letra de Molde) | PASE A LA PAGINA 2 PARA D (Encasillado 1, línea 14. Indique distrit a el Estuario de la Bahia de San Juri la Universidad de Puerto Rico e deposite el reintegro directamente RIBUCION (Encasillado 1, línea 14 anilla o Electrónicamente a través des | 3. Cas (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc | PAGO. (01) (02) (03) (04) (05) (06) (7) (00) (10) (10) (10) | 1,033 00 1,033 00 1,033 00 |
| Depósito Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRUBUCION PAGADA EN EXCESO A) Aportación al Fondo Especial para B) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con PI (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI Tipo Ce cuenta Nú Cineques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nomine completo en letra de molde según charo bajo pen alidad de perjurio que la informompleta. La ceclaración de la persona que la del Contribuyente FIRMALIA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde) GABBY A ORTIZ HERNANDEZ | PASE A LA PAGINA 2 PARA O (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahía de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc | PAGO. O1 O2 O3 O6 O6 O7 O0 O1 O7 O0 O0 O0 O0 O0 O0 O0 O0 O0 | 1,033 00 1,033 00 1,033 00 |
| Bago Reintegro Pago Reintegro | 4. Retirado/Pensionado Su Joupación Maestro de Escul 1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCES A) Aportación al Fondo Especial para C) REINTEGRAR (Si desea que se I 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONT 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con PI (b) Interes (c) Recarg 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (LI Tipo Ce cuenta Nú Cineques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según completa. La Seclaración de la persona que la informada del Contilia ryente EIRMALIA ELECTRONICAMENTI Nombre den especialista (Letra de Molde) | PASE A LA PAGINA 2 PARA D (Encasillado 1, línea 14. Indique distrita el Estuario de la Bahia de San Juria la Universidad de Puerto Rico | 3. Cas (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc (Inc | PAGO. (01) (02) (03) (04) (05) (06) (7) (00) (10) (10) (10) (NANDEZ | 1,033 00 1,033 00 1,033 00 |

| Comprobante de Retencion | CNOMACONO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY | NE MACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY | |
|---|---|--|--|
| 1. Nombre-First Name SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | INFORMATION 7. Sueldos - Wages 35941.87 | INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Security Wages |
| Apellido(s) - Surname(s) ESPADA ORTIZ | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | 8. Comisiones - Commissions 0 . 0 0 | 0.00 |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address | 5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to | 9. Concesiones - Allowances 0 . 0 0 | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withhel |
| URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | receive the pension Dia Mes Año Day Month Year | 0 . 0 0 11. Total=7+8+9+10 | 19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips |
| Nombre y Dirección Postal del Patrono | Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity O . 0 0 | 35941.87 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 | 35941.87 |
| Employer's Name and Mailing Address L8013750526 SUSANA RIV | 6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono-Cost of employer-sponsored health coverage | | Medicare Tax Withheld 521.16 |
| DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF | 6B. Donativos Charitable Contributions | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 2919 . 38 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 . 0 0 |
| HATO REY, PR 00919 | 0.00 Copia C para Récord | 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0 • 0 0 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Fecha Cese de Operaciones: Dia Mes Año | del Empleado Copy C for Employee's | 16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 0 • 0 0 | Social Security Tax on Tips |
| Cease of Operations Date: Day Month Year Número Control - Control Number | Records Año: 2012 | 16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program | 23. Contrib. Medicare no Reteni en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips |

2012

Year:

125527651

0.00

0.00

Case: 17-03283-LTS Doc#: 12209-1: Filed: 03/10/20 Enter of the form 499R-2W-2 PR
Rev. 0413

DEPAR AMENTO DE HACIENDA XIBHOH MENPAGNE 1240R/16
COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION INFORMATION 17 Total Sueldos Seguro Socia 3. Núm. Seguro Social 7. Sueldos - Wages 1. Nombre-First Name Social Security Wages Social Security No. 35245.88 SUNTA 8. Comisiones - Commissions 0.00 4. Núm, de Ident, Patronal 0.00 Employer Ident, No. (EIN) Apellido(s) - Surname(s) 18. Seguro Social Retenido 9 Concesiones - Allowances ESPADA ORTIZ Social Security Tax Withhe 0.00 5. Fecha en que comenzó a recibir la Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address 0.00 pensión - Date on which you started to 10. Propinas - Tips URB VILLA MADRID receive the pension 0.00 19. Total Sueldos v Pro. Medica U10 CALLE 19 Mes Año Dia Medicare Wages and Tips 11 Total=7+8+9+10 COAMO, PR 00769-0000 Month Year Day 35245.88 35245.88 6. Costo de Pensión o Anualidad 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Cost of Pension or Annuity Reimb. Expenses and Fringe Benefits Employer's Name and Mailing Address 20. Contrib. Medicare Retenid 0.00 0.00 Medicare Tax Withheld DEPT DE EDUCACION-MAESTROS 6A. Costo de cubierta de salud auspiciada 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 511.0 AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE por el patrono - Cost of employer-sponsored 1262.32 ESOUINA CALAF health coverage 0.00 21. Propinas Seguro Social 14. Fondo de Retiro Gubernamental HATO REY, PR 00919 Social Security Tips Governmental Retirement Fund 6B. Donativos 2914.21 0.0 Número de Teléfono del Patrono Charitable Contributions Employer's Telephone Number 15. Aportaciones a Planes Cualific. 0.00 Contributions to CODA PLANS Fecha Cese de Operaciones: 22. Seguro Social no Retenid-Dia Mes Año 0.00 en Propinas - Uncollected Cease of Operations Date: Day Copia C para Récord Month Year Social Security Tax on Tir 16. Salarios bajo Lev 324-2004 Número Confirmación de Radicación Electrónica del Empleado Salaries under Act 324-2004 0.0 **Electronic Filing Confirmation Number** 0.00 Copy C for Employee's C400001 23. Contrib. Medicare no Rete Records 16A. Aportaciones al Programa Ahorra y en Propinas - Uncollected Duplica tu Dinero - Contributions to the Número Control - Control Number Medicare Tax on Tips Año: Save and Double your Money Program 2013 004490826 0.0 Year: 0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12209-1 Filed:03/10/20 Entered:03/10/20 15:54:22 Desc: Exhibit Page 12 of 16

| Fecha de radicación: 31 de enero - Filin | g date: January 31 | Save and Double your Money Program 0.00 | 0.00 |
|--|--|---|---|
| 004404316 | Año: 2014 | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the | 23. Contrib. Medicare no Retenid en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips |
| S140003 Número Control - Control Number | Conserve copia para sus récords Keep copy for your records | 16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code | 0.00 |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number | electronically (www.hacienda.gobierno.pr) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee | Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) 0 . 0 0 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips |
| Fecha Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year | electronicamente Send to Department of the Treasury | Contributions to CODA PLANS 0.00 | 0.00 |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | Con la With the W-3PR Envie al Departamento de Hacienda | 2891.39 15. Aportaciones a Planes Cualific. | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips |
| HATO REY, PR 00919 | Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund | 484.32 |
| AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF | Patrono: - Employer: * Envie a: - Send to: Social Security Administration | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1092.82 | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld |
| Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-MAESTROS | Charitable Contributions 0.00 | Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits O . 0 0 | 33401.58 |
| COAMO, PR 00769-0000 | 0.00 6. Donativos | 11. Total=7+8+9+10 33401.58 | 19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips |
| URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage | 10. Propinas - Tips 0.00 | 0.00 |
| ESPADA ORTIZ Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address | Employer Ident. No. (EIN) | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld |
| Apellido(s) - Surname(s) | 4. Núm. de Ident, Patronal | 8. Comisiones - Commissions | Social Security Wages |
| 1. Nombre - First Name SONIA | Núm. Seguro Social Social Security No. | 7. Sueldos - Wages 33401.58 | 17. Total Sueldos Seguro Socia |
| DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE COMPROBANTE DE RETENCION | - WITHHOLDING STATEMENT | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION |

080 DECAPE: 1074032834 MASSIBO6#:12209-1 Filed: 03/10/20PagEnteredia/10/20 15:54:22 AvisDeSC Avenida Teniente Cesar Gonzalez Deddg of 16 01/08/2015 , Esquina Calaf **Exhibit** Fecha Aviso: 01/15/2015 HATO REY, PR 00919

SONIA I ESPADA ORTIZ URB VILLA MADRID U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 SS: XXX-XX-

Empleado: XXXXX Dept:

Lugar:

Titulo:

Sueldo:

8005137-SANTA ISABEL-PONCE SUSANA RIVERA

DEPARTAMENTO DE EDUCACION \$2,705.00 Monthly

DATA IMP: Estado Civil: Single Concesiones: 0 Pct. Adcl .:

PR Single

0 Cant. Adcl.:

Federal

| | 1 | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|-------------|------------------|---|----------|-----------|----------------------------------|---------------------|-----------------|
| | HODAS | E INGRESC | | | | | | 48 FIL | mra. | |
| | | as nate actions | | | A - | | lo | IMPUES | 1135 | |
| Descripcion > | | Sueldo | Horas | Ingresos | Horas | | Ingresos | Descripcion Co | reiones | A aummil- 3 - |
| Pago de Salarios Regulares | | Suciuo | Horas | 1,352.50 | 60.00 | | 1352.50 | Fed FICA Med Hospital Ins / E | orriente E 10.61 | Acumulado |
| ago de balarios regulates | | | | 1,534,50 | 60.00 | | 133230 | PR Withholding | 44.45 | 19.61 44.45 |
| | | | | | | | | PR withholding | 44.45 | 44.45 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| i i | | | | | | | | | | |
| Total: | | | | 1,352,50 | 60.00 | | 1.352.50 | Total: | 64.06 | (10) |
| DEDUCCIONES | | | · | DEDUCCIONES | | | 133230 | BENEFICIOS PATRO? | | 64.06 |
| Descripcion | Corriente | Acumulado | Descripcion | | LIEL STATE OF THE | riente | Acumulado | Descripcion Descripcion | | |
| GPR Plan de Retiro de Maestro | 121.73 | 121.73 | | mp ELA-Prest F | | 92.32 | 92.32 | GPR Plan de Retiro de Maestro | 114.96 | Acumulado |
| Or it had de itemo de maesiro | 121.75 | 121.75 | | ledical Health P | | 24.50 | 24.50 | FSED Disability Plan | 22.99 | 114.96 22.99 |
| | | | | E-S VIDA INC | dii | 9.00 | 9.00 | PSED Disability Plan | 22.99 | 22.99 |
| | | | 1.00 | MAESTROS DE | D D | 8.50 | 8.50 | | | |
| | | | Ahorros-Al | | P.K. | 40.58 | | | | |
| | | | Allorros-Al | EELA | | 40.58 | 40.58 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | • | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Tarali | 121.72 | 101.72 | Theret | | | 174.90 | 174.90 | * T-1 | | |
| Total: | 121.73 STAL BRUTO | 121.73 | Total: | er rega | | | PUESTOS | * Tributable DEDUCCIONES TOTALES | | PAGA NETA |
| Corriente: | 1352.50 | n, | COLUMNIE | 0.00 | ······································ | ALC: REL | 64.06 | 296.63 | | 991.81 |
| Acumulado: | 1,352.50 | | | 0.00 | | | 64.06 | 296.63 | | 991.81 |
| PTO HORAS ACE | | | | 0.00 | | | 04.00 | DISTRIBUCION PA | C 5 2 2 2 2 2 | 991.81 |
| Balance Inicial: 0.0 | | | | | | | | | OZ NIZIA | 001.91 |
| | | | | | | | | Aviso #7 | 0 | 991.81 |
| + Ganada: | | | | | | | | Tatali | - | 001.01 |
| + Compra: | | | | | | | | Total: | | 991.81 |
| - Usada: | 1 | | | | | | | | | |

- Donada: + Ajustes: Balance Final:

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS Avenida Teniente Cesar Gonzalez Esquina Calaf

HATO REY, PR 00919

Fecha 01/15/2015 Aviso No. 3913447

Cant. Deposito:

\$991.81

A la Cuenta(s) De

SONIA I ESPADA ORTIZ URB VILLA MADRID U10 CALLE 19

COAMO, PR 00769-0000 Localizacion: SUSANA RIVERA

| Tipo de Cuenta | Numero de Cuenta | Cant. Deposito |
|----------------|------------------|----------------|
| Savings | XXXXXXXXXXXXX | 991.81 |
| | | |
| | 8 | |
| Total: | | 991.81 |

Case:17-03283-LTS Doc#:12209-1 Filed:03/10/20 Entered:03/10/20 15:54:22 Desc: Exhibit Page 14 of 16

| DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE COMPROBANTE DE RETENCION | | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION |
|---|---|---|--|
| 1. Nombre - First Name SONIA | 3. Núm. Seguro Social Social Security No. | 7. Sueldos - Wages 33014.16 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages |
| Apellido(s) - Surname(s) | 4. Núm. de Ident, Patronal | 8. Comisiones - Commissions | 0.00 |
| ESPADA ORTIZ | Employer Ident. No. (EIN) | 9. Concesiones - Allowances | 18. Seguro Social Retenido |
| Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address URB VILLA MADRID | (19 | 9. Concesiones - Allowances | Social Security Tax Withheld |
| U10 CALLE 19 COAMO, PR 00769-0000 | Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage | 10. Propinas - Tips 0 . 0 0 | 0.00 |
| Fecha de Nacimiento Dio Mes Aco | 6. Donativos | 11. Total=7+8+9+10 33014.16 | 19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips |
| Date of Birth Doy Month Year 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono | Charitable Contributions | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits | 33014.16 |
| Employer's Name and Mailing Address | Patrono: - Employer: | 0.00 | |
| DEPT. DE EDUCACION - MAESTROS | * Envie a: - Send to: | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld | 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld |
| AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF | Social Security Administration | 1063.88 | 478.71 |
| HATO REY, PR 00919 | Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 | 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund | |
| Número de Teléfono del Patrono | Con la With the W-3PR | 2917.39 | 21. Propinas Seguro Social |
| Employer's Telephone Number | * Envie al Departamento de Hacienda | 15. Aportaciones a Planes Cualific. | Social Security Tips |
| Fecha Cese de Operaciones: Dio Mes Año | electrónicamente Send to Department of the Treasury | Contributions to CODA PLANS 0.00 | 0.00 |
| Cease of Operations Date: DayMonthYear | electronically (www.hacienda.pr.gov) | Salarios Exentos (Ver instrucciones) | 22. Seguro Social no Retenido |
| Número Confirmación de Radicación Electrónica | * Entregue dos copias al empleado | Exempt Salaries (See instructions) | en Propinas - Uncollected |
| Electronic Filing Confirmation Number | Deliver two copies to employee | 16. 0.00 | Social Security Tax on Tips |
| S160021 | * Conserve copia para sus récords Keep copy for your records | Código/Code | 0.00 |
| Número Control - Control Number | Año | 16A. 0.00 | 23. Contrib. Medicare no Retenida |
| 006251795 | Year: 2016 | 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the | en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips |
| Fecha de radicación: 31 de enero - Filing | g date: January 31 | Save and Double your Money Program 0.00 | 0.00 |

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Case:17-03283-LTS Doc#:12209-1 Filed:03/10/20 Entered:03/10/20 15:54:22 Exhibit Page 15 of 16 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT 222 1. Nombre - First Name 7. Sueldos - Wages Núm. Seguro Social 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages Social Security No. 33,059.62 8. Comisiones - Commissions SONIA 0.00 4. Núm. de Ident. Patronal 0.00 Apellido(s) - Last Name(s) Employer Ident. No. (EIN) 9. Concesiones - Allowances Seguro Social Retenido 18 Social Security Tax Withheld 0.00 I ESPADA ORTIZ 10. Propinas - Tips Costo de cubierta de salud auspiciada Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address por el patrono - Cost of employer 0.00 0.00 sponsored health coverage 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 0.00 URB VILLA MADRID 33.059.62 6. Donativos U10 CALLE 19 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Charitable Contributions **COAMO PR 00769** Reimb. Expenses and Fringe Benefits Fecha de Nacimiento: Día Mes Año 0.00 33.059.62 Date of Rirth: Day Month Year Patrono: - Employer: 13. Cont. Retenida - Tax Withheld Contrib. Medicare Retenida 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Medicare Tax Withheld Envie a: - Send to: 1,067.25 Employer's Name and Mailing Address Social Security Administration 14. Fondo de Retiro Gubernamental DEPT DE EDUCACION MAESTROS **Data Operations Center** 479.36 Governmental Retirement Fund AVENIDA TENIENTE CESAR Wilkes-Barre, PA 18769-0001 2 914 71 Con la 21. Propinas Seguro Social **ESQUINA CALAF** With the W-3PR 15. Aportaciones a Planes Cualific. Social Security Tips HATO REY PR 00919 Envíe al Departamento de Hacienda Contributions to CODA PLANS Número de Teléfono del Patrono (787) 773-3508 electrónicamente 0.00 Employer's Telephone Number Send to Department of the Treasury 0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones) Año Fecha Cese de Operaciones: Mes electronically Exempt Salaries (See instructions) 22. Seguro Social no Retenido Cease of Operations Date: Year (www.hacienda.pr.gov) en Propinas - Uncollected Código/Code Entregue dos copias al empleado Número Confirmación de Radicación Electrónica Social Security Tax on Tips 0.00 16 Deliver two copies to employee Electronic Filing Confirmation Number Conserve copia para sus récords Código/Code S170008 0.00 Keep copy for your records 0.00

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO DEBERÁ SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

2017

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

23. Contrib. Medicare no Retenida

en Propinas - Uncollected

0.00

Medicare Tax on Tips

16B. Aportaciones al Programa Ahorra y

Duplica tu Dinero - Contributions to the

Save and Double your Money Program

0.00

- sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5,000;
 sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o
- * tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31

Número Control - Control Number

006975278

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtitulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en casó de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- * is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000; * is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code
- Section 1031.02, of \$2,500 or more; or
- has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2cW-2cPR.

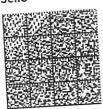
| 032830 TSDE PERO #:1230 | 9-1 Filed:03/10/20 | Entered:03/10/20-15: | 54:22 Desc: |
|--|---|--|--|
| DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEP | ALLING NOTION TO BE A SECTION OF THE PROPERTY | Entered: 03/10/20 15: INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE OCIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION | INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION |
| COMPROBANTE DE RETENCIÓN - 1. Nombre - First Name | 3. Núm. Seguro Social | 7. Sueldos - Wages 35,546.90 | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages |
| SONIA I | Social Security No. | 8. Comisiones - Commissions 0.00 | 0.00 |
| Apellido(s) - Last Name(s) | 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) | 9. Concesiones - Allowances 0.00 | Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld |
| ESPADA ORTIZ Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address | 5. Costo de cubierta de salud auspiciada | 10. Propinas - Tips 0.00 | 0.00 |
| URB VILLA MADRID | por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage | 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 35,546.90 | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare |
| U10 CALLE 19 COAMO PR 00769 | 6. Donativos Charitable Contributions | 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales 0.00 | Medicare Wages and Tips |
| Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Date of Birth: Day Montr Year 1 | 0.00 | 13. Cont. Retenida - Tax Withheld | 35,546.90 20. Contrib. Medicare Retenida |
| Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address | Patrono: - Employer: Indique si la remuneración incluye pagos | 1,301.00 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund | Medicare Tax Withheld |
| DEPT DE EDUCACION MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR | al empleado por: Indicate if the renumeration includes | 3,021.55 | 515.43 |
| ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919-0000 | payments to the employee for: A- Servicios prestados por un médico | 15. Aportaciones a Planes Calificados Contributions to CODA PLANS 0.00 | 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips |
| Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number | cualificado bajo la Ley 14-2017 Services rendered by a qualified | Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempl Salaries (See instructions) | 0.00 |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Dale: Day Month Year | physician under Act 14-2017 B- Servicios domésticos | 16. 0.00 | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected |
| Número Confirmación de Radicación Electrònica Electronic Filing Confirmation Number | Domestic services | Còdigo/Code 16A. 0.00 | Social Security Tax on Tips |
| F0717193216 Número Control - Control Number | C- Otros / Others: | Código/Code 16B. 0.00 | 0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida |
| 180048808 | Año: 2019 | 16C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica lu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program | en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips |
| Fecha de radicación: 31 de anoro Eiling detas January 21 | Year: 2018 | and and books your money ringiam | 0.00 |

2d2/19/ Jpp



Fec.

Sello



Sello de Rentas Internas 00063-2019-0220-98593003

5120 02/20/2019 \$1.00